

Fabiana Moura Teixeira

Sífilis:  
manifestações orais

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Porto, 2018



Fabiana Moura Teixeira

Sífilis:  
manifestações orais

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Porto, 2018

Fabiana Moura Teixeira

Sífilis:  
manifestações orais

Dissertação apresentada à  
Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do  
grau de Mestre em Medicina  
Dentária

---

## RESUMO

Sífilis é uma doença infecciosa, sendo atualmente uma doença rara, mas cuja incidência tem vindo a aumentar. É conhecida também por ser uma doença capaz de imitar outras manifestações orais e por isso pode tornar o seu diagnóstico mais complicado.

A doença apresenta quatro estágios clínicos, apresentando um grau diferente de manifestações orais.

Nesta revisão bibliográfica pretende-se esclarecer quais são as alterações e lesões na cavidade oral provocadas pela sífilis, para que o Médico Dentista consiga identificar as lesões para assim poder ter um papel fundamental na prevenção e diagnóstico desta doença.

Na pesquisa bibliográfica foram utilizadas bases de dados informáticas como a PubMed, B-On, SciELO.

Como principais conclusões verificou-se que o diagnóstico precoce da sífilis é importante para o sucesso do tratamento da doença e das lesões orais, sendo que os Médicos Dentistas têm um papel muito importante no seu diagnóstico.

Palavras-chave: “Sífilis”; “Sífilis primária, secundária e terciária”; “Sífilis congénita”; “Manifestações Oraís”, “Diagnóstico”, “Tratamento”.

## ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease, currently a rare disease but its incidence has been increasing. It is also known to be a disease capable of imitating other oral manifestations and so may make its diagnosis more complicated.

The disease presents four clinical stages, presenting a different degree of oral manifestations.

In this literature review we intend to clarify the changes and lesions in the oral cavity caused by syphilis so that the Dentist can identify the lesions so as to play a fundamental role in the prevention and diagnosis of this disease.

In the bibliographic research, computer databases such as PubMed, B-On, SciELO were used.

The main conclusions were that the early diagnosis of syphilis is important for the success of treatment of the disease and oral lesions, and the Dentists have a very important role in their diagnosis.

Keywords: “Syphilis”; “Primary, secondary and tertiary Syphilis”; “congenital Syphilis”; “Oral manifestations”, “Diagnosis”, “Treatment”.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus pais, porque sem eles a conclusão deste curso não era possível e por isso estarei eternamente grata.

As minhas amigas da faculdade que me apoiaram e sempre me ajudaram quando precisei, mil obrigadas.

Ao meu namorado, que esteve e está sempre lá para mim e se mostra interessado por tudo o que eu faço, e a sua família que agora também é minha.

E por último a pessoa que me inspirou sempre ao longo da minha vida académica e sempre me motivou, a minha Veruska que me deu o ano passado a maior alegria da minha vida, a minha Princesa. Obrigada.

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	x
I – INTRODUÇÃO.....	1
1 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	2
II – DESENVOLVIMENTO.....	3
1 – ETIOLOGIA.....	3
2 – SÍFILIS.....	4
i – Sífilis Primária.....	4
ii – Sífilis Secundária.....	4
iii – Sífilis Latente.....	4
iv – Sífilis Terciária.....	5
v – Sífilis Congénita.....	5
III – DIAGNÓSTICO.....	7
1 – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	7
IV – MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS.....	9
1 – Manifestações orais da Sífilis congénita.....	10
V – TERAPÊUTICA.....	11
VI – DISCUSSÃO.....	12
VII – CONCLUSÃO.....	13
VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
IX – ANEXOS.....	16

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Sífilis: esboço de estágios e tempos de incubação (Ficarra e Roman, 2009)	16
<b>Figura 2:</b> Algoritmo para abordagem clínica e laboratorial da sífilis (Estado, 2008)...	17
<b>Figura 3:</b> Características clínicas de lesões de sífilis cuja impressão clínica era diversa: linfoma (A e C), sarcoma (B) e schwannoma (D). (Siqueira, et al. 2015) .....	17
<b>Figura 4:</b> Lesão oral de sífilis primária. (Ficarra, e Roman, 2009) .....	18
<b>Figura 5:</b> Sífilis oral secundária: mucosas cobertas por pseudomembranas acinzentadas e brancas. (Ficarra, e Roman, 2009).....	18
<b>Figura 6:</b> Sífilis terciária. Perfuração do palato duro. (Estomatologiaonlinepb.blogspot.com. 2015).....	19
<b>Figura 7:</b> Glossite atrófica da sífilis terciária. Superfície dorsal da língua exibindo perda de papilas filiformes e áreas de atrofia epitelial e hiperkeratose. (Estomatologiaonlinepb.blogspot.com. 2015).....	19
<b>Figura 8:</b> Hipoplasia do esmalte dos incisivos centrais superiores (dentes de Hutchinson). (Pessoa e Galvão, 2011) .....	20
<b>Figura 9:</b> Dentes sífilicos. Em cima, molar e incisivos de Moon e incisivos centrais com forma típica entalhada. Abaixo molares de Fournier ou amora e um canino sífilico. (Nissanka Jayasuriya., Odell e Phillips, 2016) .....	20
<b>Figura 10:</b> Molares em amora da sífilis congênita. Molares inferiores exibindo superfície oclusal com numerosas projeções globulares. [Estomatologiaonlinepb.blogspot.com, 2015].....	21

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

CDC – Centro de Prevenção e Controlo de Doenças

UDI – Usuários de drogas intravenosas

SNC – Sistema nervoso central

VDRL – Laboratório de pesquisa de doenças venéreas

RPR - Reagente de plasma rápido

FTA-ABS- Absorção de anticorpos treponémicos fluorescentes

TPHA - Hemaglutinação do T. pallidum

TPPA - Aglutinação de partículas do T. pallidum

MHA-TP - Micro-hemaglutinação para anticorpos contra T. pallidum

OMS – Organização Mundial de saúde

UI – Unidades internacionais

## I – INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, aguda e crónica, causada por uma espécie bacteriana helicoidal anaeróbica, *Treponema Pallidum*. Com base na sua atividade e fase de efetividade, a sífilis adquirida pode ser classificada em quatro estágios: primário, secundário, latente e terciário. (Paulo, *et al.*, 2015)

A transmissão ocorre através de relações sexuais desprotegidas, o principal local de inoculação são os órgãos genitais, mas as áreas extragenitais como a cavidade oral também podem ser afetadas. Em termos de epidemiologia a sífilis associa-se a certas alterações devidas á falta do uso de métodos contraceptivos de barreira, altos números de parceiros sexuais, falta de conhecimento, a indústria sexual, a diminuição da assistência médica em certas zonas e o declínio das respostas de saúde pública no controlo da infeção sexualmente transmissível (IST) (Leão, Gueiros e Porter, 2006; Navazo-Eguía, *et al.*, 2017)

Independentemente da introdução da penicilina a meio do século XX, tem sido difícil eliminar esta doença e continua a ser um problema muito importante entre as doenças da humanidade e sua ocorrência está a desenvolver-se rapidamente em várias partes do Mundo. Mais de 12 milhões de novos casos por ano são registrados, principalmente nos países em desenvolvimento. Os Estados Unidos, em 2000, apresentaram o menor número de casos relatados de sífilis primária e secundária desde o início dos registos em 1941. De 2001 a 2004, os números aumentaram sobretudo devido a uma ascensão entre os homossexuais masculinos. Em 2004, 84% dos casos apresentados acorreram em homens e o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) estima que 64% do número total tenham ocorrido em homossexuais masculinos. Em mulheres, a prevalência foi reduzindo progressivamente entre 2000 a 2003, mas continuou estável em 2004, onde os homens eram 5,9 vezes mais acometidos do que as mulheres. (Neville, *et al.*, 2009; Ficarra, Roman, 2009; Fernandes, Fernandes e Nakata, 2007)

A prevalência de casos na população portuguesa é de cerca de 13 por milhão de habitantes (0,0013%). O principal modo de transmissão é o contato sexual com o companheiro contaminado. Porém, a transmissão também pode ser feita pelo contato com fluidos corporais, tal como o sangue, entre usuários de drogas intravenosas (UDIs). (Matos, *et al.*, 2007)

## 1 – MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização desta revisão bibliográfica, foram utilizadas bases de dados informáticas como PubMed, SciELO, B-On, utilizando como palavras-chave: “Sífilis”; “Sífilis primária, secundária e terciária”; “Sífilis congénita”; “Manifestações Orais”., bem como as mesmas palavras-chave em inglês: “Syphilis”; “Primary, secondary and tertiary Syphilis”; “congenital Syphilis”; “Oral manifestations”.

Como critérios de pesquisa foi utilizada uma janela temporal entre 1998 e 2018 e foram incluídos trabalhos de investigação, casos clínicos, revisões bibliográficas, redigidos em português, inglês e espanhol. Numa primeira fase foram selecionados estudos com base nos seus títulos e, posteriormente uma leitura dos mesmos. Os artigos que não se enquadravam dentro do tema pretendido foram excluídos. Assim foram selecionados 19 artigos consoante os temas tratados nesta revisão bibliográfica: etiologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, manifestações orais e terapêutica.

## II – DESENVOLVIMENTO

### 1 – ETIOLOGIA

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta anaeróbia filamentosa *Treponema pallidum*. (Siqueira, *et al.*, 2014)

A origem certa da sífilis é desconhecida, ainda que duas teorias principais resistam. Uma é que a doença era típica na América e foi levada para a Europa após a descoberta de Colombo em 1492. A outra indica que a sífilis era natural da África central e surgiu na Europa antes da viagem de Colombo. (Ficarra e Roman, 2009)

A *Treponema pallidum* surge em espiroquetas helicoidais, com 10 a 20 voltas em torno do eixo principal, com margens pontiagudas. É flexível e não classificável pela coloração gram, porque cora fracamente. Fica visível com o uso de corante espessante (prata) ou imunofluorescência. Apresenta uma estrutura estreita e enrolada, e quando observada por microscopia de campo escuro, têm uma atividade rotatória à deriva. O *T. pallidum* não consegue sobreviver fora do seu hospedeiro natural (humanos) porque tem técnicas metabólicas limitadas para desenvolver os seus próprios bionutrientes. Espiroquetas da sífilis como outros treponemas virulentos não podem ser cultivadas *in vitro* (Ficarra e Roman, 2009)

A doença pode ser transmitida sexualmente (sífilis adquirida) ou verticalmente por intermédio da placenta (sífilis congênita). O principal modo de transmissão da sífilis é o contato sexual. Depois da *T. pallidum* atingir a mucosa genital ou a pele desgastada, ela entra na corrente linfática e sanguínea e dissemina-se para diversos órgãos, incluindo o SNC. O período de incubação é diretamente proporcional ao tamanho do inóculo e pode variar de 3 a 90 dias. Cerca de 10 a 20% dos casos, a lesão primária é intra-retal, perianal ou oral, ao contrário de outras doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, HIV), o *T. pallidum* é facilmente transmissível por sexo oral, beijos e contato próximo com uma lesão infecciosa. (Ficarra e Roman, 2009, Siqueira, *et al.*, 2014)

Uma forma fundamental de transmissão é a transmissão pelo útero. Além disso, a transmissão pode decorrer no parto se o recém-nascido entrar em contato com uma lesão contagiosa. A transfusão de sangue pode ser outra forma de transmissão, apesar de que hoje seja muito incomum. Assistentes de saúde e funcionários de laboratório podem contrair a infecção se as suas mãos desprotegidas entrarem em contato com as espiroquetas. (Ficarra e Roman, 2009)

## 2 – SÍFILIS

A sífilis pode ser classificada como congénita ou adquirida. O método adquirido pode ser classificado como primário, secundário, latente e terciário, de acordo com o tempo decorrido após a exposição; primário e secundário são definidos como presentes por um ano ou menos depois da infeção inicial; a sífilis tardia está presente há mais de um ano. A sífilis congênita é transmitida para recém-nascidos no útero e, consoante o tempo da manifestação, é classificada como recente ou tardia (figura 1). (Soares, *et al.*, 2004)

### i – Sífilis Primária

A lesão inicial é chamada de cancro, surge uma a duas semanas a seguir à exposição ao *Treponema*; o estágio primário ocorre no local da transmissão. Porém, a incubação pode permanecer até 40 dias. A lesão normalmente é erosiva ou ulcerada, singular, indolor, com infiltração de base e contornos elevados e endurecidos, ocorrendo com frequência nas áreas ano-genital e oral. Posteriormente a manifestação do cancro, ocorre a linfadenopatia regional. A cura natural do cancro decorre entre de três a seis semanas, e as cicatrizes no local não são normalmente visíveis. (Soares, *et al.*, 2004)

### ii – Sífilis Secundária

Caracteriza-se por manifestações mucocutâneas e por dispersão hematogénica que provoca a colonização de vários órgãos. Esta fase inicia-se um a três meses a seguir à infeção. Contudo, se não tratada, a sífilis secundária pode surgir até dois anos depois da exposição. É acompanhado por sinais e sintomas clínicos inespecíficos, tal como desconforto geral, cefaleia, febre baixa, anorexia, perda de peso e linfadenopatia. Faringite, mialgia e artralgia também podem estar presentes. Estas condições desaparecem naturalmente, sem tratamento, ao longo do período latente. (Seibt e Munerato, 2016)

### iii – Sífilis Latente

A sífilis latente acompanha o desaparecimento das lesões da sífilis primária e secundária. Neste período, a infeção permanece nos pacientes não tratados e pode existir durante

anos. Esta fase é dividida, em latente precoce e latente tardio (mais de 12 meses). A recidiva da sífilis secundária é mais admissível neste estágio inicial e surge como resultado da disfunção imunológica. A sífilis tardia normalmente aparece depois de 10 a 30 anos de infecção. É caracterizada por manifestações cutaneomucosas (gengivas superficiais e profundas) e, por afeções viscerais (cardiovasculares ou neurológicas). (Navazo-eguía, *et al.*, 2018)

#### iv – Sífilis Terciária

A sífilis terciária ocorre após um ano de desenvolvimento em pacientes que não receberam tratamento em estágios primários ou secundários. A lesão destrutiva padrão dessa fase, a *gumma*, pode demonstrar a reação de hipersensibilidade crônica à influência da espiroqueta. As manifestações clínicas podem ocorrer a seguir a uma latência variável e mais regularmente surgem nas formas cutânea, cardiovascular e nervosa. (Soares, *et al.*, 2004).

A sífilis terciária é a mais crítica de todas as fases. Pode ocorrer depois do primeiro ano da infecção inicial até 25 a 30 anos mais tarde. Cerca de 33% dos pacientes não tratados têm sinais e sintomas da sífilis tardia (17% *gumma*, 8% envolvimento cardiovascular e 8% neurosífilis). Neste estágio pode haver envolvimento do sistema nervoso central (SNC), sistema cardiovascular, pele ou mucosa. O sistema vascular pode ser afetado consideravelmente pelos efeitos da arterite prévia. Pode ocorrer aneurisma da aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda e falência cardíaca congestiva. O comprometimento do SNC pode causar a *tabes dorsalis* (lenta alteração das células e fibras nervosas que levam informação sensorial para o cérebro), psicose, demência, parestesia e morte. Pouco relevantes, mas, no entanto, mais específicos, são os focos disseminados de inflamação granulomatosa, denominados *gumma*, que podem chegar a pele, mucosa, tecidos moles, ossos e órgãos internos. A *gumma* é uma lesão ulcerada, nodular, indolor, que leva à principal eliminação tecidual. Existe geralmente no palato e na língua. (Valente, *et al.*, 2009)

#### v – Sífilis Congênita

A *Treponema pallidum*, presente na circulação materna pode atravessar a barreira placentária. Quanto mais recente o contágio da gestante, maior a quantidade de treponemas circulantes e mais relevante será o envolvimento fetal. As possibilidades de

transmissão durante as fases primária e secundária estão entre 70 e 100%. Na fase latente recente e latente tardia, chegam a 10%.

Os anticorpos da gestante são incapazes de protegê-la, mas reduzem as possibilidades de transmissão da bactéria para o filho.

A doença pode determinar má formação fetal e ser fatal, 50% dos bebês nascem assintomáticos. Há maior ameaça para a criança ao longo do último trimestre gestacional. No Brasil, há um cuidado especial com a doença e são exigidos pelo menos dois testes para sífilis durante o período pré-natal. (Avelleira e Bottino, 2006)

### III – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da sífilis é feito com base em sinais e sintomas clínicos, testes sorológicos e exames histopatológicos. (Kelner, *et al.*, 2014)

O diagnóstico da sífilis pode ser dado pela demonstração dos micro-organismos espiralados no exame de campo escuro de um esfregaço do exsudato de uma lesão ativa. Resultados falso-positivos são prováveis na cavidade oral, devido à simetria morfológica de alguns microorganismos existentes na flora oral, tais como o *Treponema microdentium*, *T. macrodentium* e *T. mucosum*. A manifestação do micro-organismo no esfregaço ou material de biópsia deve ser confirmada com o uso de testes de anticorpos imunofluorescentes específicos ou testes sorológicos. Estão acessíveis para a sífilis vários testes sorológicos de triagem inespecíficos e sem alta sensibilidade. Estes testes envolvem o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e o Reagente de Plasma Rápido (RPR). Depois das três primeiras semanas da infecção, os testes de triagem são estritamente positivos ao longo de todo o período das duas primeiras fases. Após o desenvolvimento da latência, a positividade em geral diminui com o tempo. Como parte de um acompanhamento pré-natal apropriado, todas as gestantes devem fazer um dos exames de triagem para sífilis. Testes sorológicos próprios e extremamente sensíveis para a sífilis também estão disponíveis. Estes testes contêm a absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes (FTA-ABS), ensaios de hemaglutinação do *T. pallidum* (TPHA), ensaios de aglutinação de partículas do *T. pallidum* (TPPA) e ensaios de micro-hemaglutinação para anticorpos contra *T. pallidum* (MHA-TP). Os resultados destes testes são positivos no período de desenvolvimento da lesão da sífilis primária e continuam positivos para a vida toda. Tal constante positividade limita o seu uso para o diagnóstico de uma segunda ocorrência da doença. Logo, nos casos de potencial nova infecção, os micro-organismos devem ser demonstrados dentro dos tecidos ou exsudatos. (Figura 2) (Neville, *et al.*, 2009)

#### 1 – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial para sífilis intra-oral envolve infecções herpéticas ou fúngicas, tuberculose, histoplasmose, carcinoma de células escamosas ou trauma. (Soares, *et al.*, 2004)

Os aspetos variantes de algumas lesões (brancas, ulceradas, elevadas, únicas ou múltiplas) levam a diversas possibilidades de diagnóstico, como líquen plano, penfigoide

bolhoso, carcinoma espinocelular e histoplasmose, entre outras. Logo, é necessário ressaltar as propriedades histológicas da sífilis, de modo que, se o clínico falhar o diagnóstico, o patologista não o fará. (Figura 3) (Siqueira, *et al.*, 2015)

Clinicamente, a manifestação oral da sífilis pode corresponder a outras entidades, o que confunde o diagnóstico correto e, portanto, é fundamental o diagnóstico diferencial das lesões de úlceras orais em pacientes sexualmente ativos. (Navazo-eguía, *et al.*, 2018)

O diagnóstico diferencial deve compreender aftas relevantes e/ou úlceras não especificadas, lesões traumáticas, úlceras relativas à medicação, líquen plano erosivo e neoplasias, como carcinoma epidermoide oral e linfoma. (Hertel, *et al.*, 2014)

#### IV – MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS

A boca dificilmente é o local da sífilis primária e, devido à sua natureza inconstante, a ulceração oral da sífilis primária muitas vezes passa despercebida pelo paciente ou por qualquer médico.

A sífilis primária na boca surge como uma úlcera solitária normalmente no lábio ou, mais raro, na língua. O lábio superior é mais comumente afetado que o inferior nos homens, ao passo que o contrário acontece nas mulheres.

A faringe ou amígdalas podem eventualmente ser afetadas. A ulceração normalmente é profunda, com uma base vermelha, roxa ou castanha e um bordo anormal elevado. Em geral, há uma linfadenopatia cervical acompanhante. (Figura 4) (Leão, Gueiros e Porter, 2006)

A lesão primária característica é o cancro de inoculação. O cancro oral típico é ulcerado, duro, em geral causa pouca dor e pode surgir em qualquer lugar da boca, especialmente nos lábios. (Ribeiro, *et al.*, 2012)

A sífilis secundária possui manifestações reais conhecidas como placas mucosas. Estas são caracterizadas por placas esbranquiçadas, irregulares, indolores, podendo ser destacáveis com exposição do tecido conjuntivo quando surge necrose do epitélio superficial. Isto pode ocorrer em qualquer superfície mucosa, mas acontece mais geralmente na língua, lábios, mucosa jugal, palato e amígdalas. Úlceras aftosas similares a placas cinzas ou úlceras com bordas diferentes e esbranquiçadas que são dolorosas às vezes também são observadas. (Figura 5). Sempre que esta placa afeta a língua, local mais comum, ocorre perda das papilas filiformes. Essas lesões podem ser acompanhadas de dor e incômodo local. (Ribeiro, *et al.*, 2012; Valente, *et al.*, 2009; Seibt, Munerato, 2016) A *gumma* é a lesão oral típica da sífilis terciária, é causada por endarterite obliterante dos vasos, especialmente das arteríolas, dentro da mucosa e atinge o palato duro, língua ou amígdalas. A glossite intersticial é diferenciada por atrofia do dorso lingual resultando numa endarterite obliterativa dos vasos linguais, estas lesões contribuem para a presença de leucoplasias e carcinomas. (Navazo-eguía, *et al.*, 2018)

Pouco relevantes, porém mais específicos, são os focos dispersos de inflamação granulomatosa, que podem atingir a pele, mucosa, tecidos moles, ossos e órgãos internos. Esta área ativa de inflamação granulomatosa, denominada *gumma*, aparece como uma lesão endurecida, nodular ou ulcerada, que pode criar profunda destruição tecidual. Lesões intraorais afetam frequentemente o palato e a língua. No momento em que o palato

é comprometido, a ulceração atravessa-o em direção à cavidade nasal (Fig. 6). A língua pode ser profusamente envolta pelas *gummas* e encontra-se expandida, lobulada e com forma irregular. Este tipo lobular é conhecido por glossite intersticial e diz-se que seja produto da redução da musculatura lingual posteriormente a cicatrização das *gummas*. A atrofia difusa e ausência das papilas do dorso lingual apresentam uma condição chamada de glossite luética (Fig.7). No passado, este tipo de glossite atrófica foi vista como pré-cancerosa, no entanto os últimos estudos questionam este conceito. (Neville, *et al.*, 2009)

## 1 – MANIFESTAÇÕES ORAIS DA SÍFILIS CONGÊNITA

Em 1858, Sir Jonathan Hutchinson especificou as transformações ligadas a sífilis congênita e estabeleceu três parâmetros de diagnósticos patognomônicos, considerados como tríade de Hutchinson: Dentes de Hutchinson, Ceratite ocular intersticial, Surdez relacionada com o envolvimento do oitavo par de nervos cranianos. (Neville, *et al.*, 2009) As manifestações desta doença envolvem especialmente a tríade de Hutchinson, identificada por ceratite intersticial, surdez e dentes de Hutchinson. (Figura 8) O defeito dentário conta com uma única rutura no desenvolvimento da coroa dentária poucas semanas depois do nascimento ou no espaço de desenvolvimento tardio dos dentes, contudo eles só se afirmam com a erupção dos incisivos permanentes e primeiros molares por volta dos 6 anos de idade, e por isso esta formação não foi encontrada nos dentes decíduos. Este defeito de desenvolvimento dentário é formado pela reação inflamatória submetida pelo *Treponema pallidum*. Diversas manifestações orais, como perda prematura de dentes decíduos relacionados com a sífilis congênita e a perfuração do palato, foram relatadas. (Pessoa e Galvão, 2011)

A definição inicial do defeito característico dos primeiros molares permanentes foi apresentada por Henry Moon, ele descreveu estes dentes como pequenos e com estrutura em cúpula, com as cúspides mais próximas do que o comum. As coroas são mais extensas na base e mais estreitas nas cúspides, não contêm fissuras no redor das cúspides e a região da coroa é lisa. Estes dentes foram depois descritos como molares de *Moon*. (Figura 9) (Nissanka-Jayasuriya e Phillips, 2016)

Os molares em amora igualmente próprios da sífilis congênita, afunilam-se no sentido da região oclusal, com uma área constrictiva. A anatomia oclusal é irregular, com diferentes relevos globulares desorganizados que recordam a face de uma amora. (Figura 10) (Neville, *et al.*, 2009)

## V – TERAPÊUTICA

O primeiro passo para o tratamento da sífilis foi executado com efeito em 1943, utilizando a penicilina, que a partir de então continuou como a substância de eleição para a terapia de todos os estágios da sífilis. (Seibt e Munerato, 2016)

O tratamento depende do estágio da doença e normalmente é a penicilina a cura definida para produzir um resultado a longo prazo, desde que nenhuma alergia seja associada, nesses casos preconiza-se a utilização de tetraciclina. Se o tratamento for eficiente, o controlo sorológico de assistência mostrará uma redução da resposta do VDRL. Embora a penicilina ainda seja extremamente eficiente, a barreira aos antibióticos de segundo tipo, sobretudo a azitromicina, tem sido referida. (Hertel, *et al.*, 2014)

O planeamento da quantidade e a sua aplicação mudam de acordo com: o estágio da doença, o grau de comprometimento neurológico do doente e o seu nível imunológico. Em relação a sífilis recente, a OMS indica uma dose única de 2.400.000 UI de penicilina intramuscular. Para doentes alérgicos, tetraciclina ou doxiciclina ao longo de 14 dias.

Para sífilis tardia necessitam ser aplicadas três doses, com intervalo semanal, de 2.400.000 UI de penicilina via intramuscular. Para doentes alérgicos recomenda-se tetraciclina no decorrer de 28 dias. Quanto mais atual a sífilis, menores as doses de penicilina administradas (tanto em concentração como em número). (Valente, *et al.*, 2009)

No tratamento da sífilis congénita, todas as grávidas necessitam de ser testadas sorologicamente no princípio da gestação; caso a resposta seja positiva, administra-se penicilina e a grávida deve fazer novo tratamento na 28ª semana e no parto. Quando a grávida é alérgica à penicilina, deve ser sujeita à dessensibilização. Se o bebé nasce infetado, deve ser tratado com penicilina G, 10 dias depois do parto. (Valente, *et al.*, 2009)

As tetraciclinas orais também são igualmente eficientes no tratamento da sífilis para doentes alérgicos à penicilina. A tetraciclina, 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 14 dias, ou doxiciclina 100 mg por via oral duas vezes por 14 dias é útil contra o *T. pallidum*. Estes procedimentos são significativos para sífilis primária, secundária e latente precoce. Na sífilis com mais de 1 ano de prevalência (ou duração desconhecida), o tratamento é aplicado ao longo de 28 dias na mesma dosagem. Informações atuais indicam que tanto a ceftriaxona como a azitromicina são efetivas para o tratamento da

sífilis precoce. O único problema da azitromicina é o desenvolvimento de resistência do *T. pallidum*. (Ficarra e Roman, 2009)

## VI – DISCUSSÃO

Os Médicos Dentistas desempenham um papel fundamental no diagnóstico precoce da sífilis.

Antes de existir qualquer diagnóstico relativo à sífilis, se o Médico Dentista suspeitar de alguma lesão correspondente às manifestações orais da sífilis, deve fazer biópsia da lesão suspeita para se ter a certeza do tipo de lesão que se trata e pedir ao paciente para realizar testes serológicos específicos (RPR, VDRL) para se obter diagnóstico definitivo. Neste caso as manifestações orais são o primeiro sinal da doença porque muitas vezes são de primeiro contacto, o que significa que os clínicos devem estar familiarizados com as manifestações e tratamentos possíveis para as mesmas.

O Médico Dentista deve ter conhecimento de outras lesões que possam assemelhar-se as lesões apresentadas pela sífilis como aftas ou úlceras não específicas, lesões traumáticas, úlceras provocadas por medicação, líquen plano erosivo e neoplasias como, carcinoma epidermoide e linfoma, por estas razões é que o diagnóstico correto e a realização de testes serológicos e biópsia é fundamental para que o Médico Dentista não falhe o diagnóstico final. Caso já exista conhecimento que o doente apresenta sífilis, em todas as consultas, que devem ser periódicas, o Médico Dentista deve realizar sempre nova pesquisa para ter a certeza se existem novas lesões e se as existentes progrediram ou regrediram. O controlo destes doentes na fase ativa da doença é bastante importante pois as lesões orais podem agravar, pode-se evitar que a sífilis evolua para outros estágios e promover a fase de remissão da doença.

O diagnóstico precoce ajuda a prevenir diagnósticos errados e por consequência tratamentos desnecessários, visto que a sífilis é conhecida como a grande imitadora de outras doenças, tendo uma vasta variedade de manifestações clínicas que muitas vezes se iniciam na cavidade oral.

## VII – CONCLUSÃO

O principal objetivo desta revisão bibliográfica é alertar, informar e sensibilizar os Médicos Dentistas para a importância de um diagnóstico precoce da sífilis, através do conhecimento de todas as possíveis manifestações orais desta doença. Na sífilis primária a primeira manifestação oral é uma úlcera solitária normalmente no lábio. Na sífilis secundária já existe presença de placas esbranquiçadas na zona da língua, lábios, mucosa jugal, palato e amígdalas. No caso da sífilis terciária já há a presença de *gumma* normalmente no palato duro, língua ou amígdalas. Em relação à sífilis congénita podemos encontrar molares em forma de amora e molares de *Moon*. Por estas razões é importante saber atuar quando se está perante este tipo de lesões e alertar também os pacientes do uso de proteção durante as relações sexuais, uma vez que este é o principal meio de transmissão.

O tratamento desta patologia passa por doses de penicilina e, em casos de pacientes alérgicos recomenda-se o uso de tetraciclina. O planeamento da quantidade e a sua aplicação devem adequar-se ao estágio da doença, ao grau de comprometimento neurológico do doente e ao seu nível imunológico.

Pelos vários factos apontados, o Médico Dentista deve estar ciente das manifestações mais comuns da sífilis na cavidade oral, para que o diagnóstico precoce leve assim a um tratamento mais eficaz e rápido, permitindo a remissão da doença e impedindo a sua evolução para outros estágios.

## VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avelleira, J. C. R. e Bottino, G. (2006). Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), pp. 111–126.
- Estado, S. (2008). Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*, 42 (4), pp. 768 – 72. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>> [Consultado em 10/07/2018].
- Estomatologiaonlinepb.blogspot.com. (2018). Sífilis. [Em linha]. Disponível em <<http://estomatologiaonlinepb.blogspot.com/2015/01/sifilis.html>> [Consultado em 10/07/2018].
- Fernandes, R. C. S. C., Fernandes, P. G. C. C. e Nakata, T. Y. (2007). Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos. *RJ, DST J. Bras. Doenças Sex. Transm*, 19, pp. 157 – 161.
- Ficarra, G. e Roman, C. (2009). Syphilis: The renaissance of an old disease with oral implications. *Head and Neck Pathology*, 3(3), pp. 195–206.
- Hertel, M. *et al.* (2014). Oral syphilis: A series of 5 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(2), pp. 338–345.
- Kelner, N. *et al.* (2014). Analysis of nonspecific oral mucosal and dermal lesions suggestive of syphilis: A report of 6 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 117 (1), pp. 1 – 7.
- Leão, J. C., Gueiros, L. A. e Porter, S. R. (2006). Oral manifestations of syphilis. *Clinics. Faculdade de Medicina / USP*, 61(2), pp. 161–166.
- Matos, R. *et al.* (2007). ‘R2248 Syphilis prevalence within a population of intravenous drug users in Lisbon, Portugal’. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 29, p. S651.
- Navazo-Eguía, A. I. *et al.* (2018). Manifestaciones Orales de la Sífilis. Caso clinico: oral manifestations of syphilis. *Clinical Case*, pp. 253–257.
- Neville, B.W. *et al.* (2009). Sífilis. In: Neville, B.W. *et al.* (Ed.). *Patologia Oral e Maxilofacial*. Trad. da 3ªed. Rio de Janeiro, Elsevier, pp. 188-193.
- Nissanka-Jayasuriya, E. H., Odell, E. W. e Phillips, C. (2016). Dental Stigmata of Congenital Syphilis: A Historic Review With Present Day Relevance. *Head and Neck Pathology*. Springer US, 10(3), pp. 327–331.
- Paulo, L.F.B. *et al.* (2015). Oral manifestations of secondary syphilis. *International Journal of Infectious Diseases*, 35, pp 40-42.
- Pessoa, L. and Galvão, V. (2011). Clinical aspects of congenital syphilis with Hutchinson’s triad. *BMJ Case Reports*, pp. 11–13.

Ribeiro, B. B. *et al.* (2012). Importance of recognizing the oral manifestations of systemic diseases and conditions by health professionals with diagnostic assignment. *Odonto*, 20 (39), pp. 61–70.

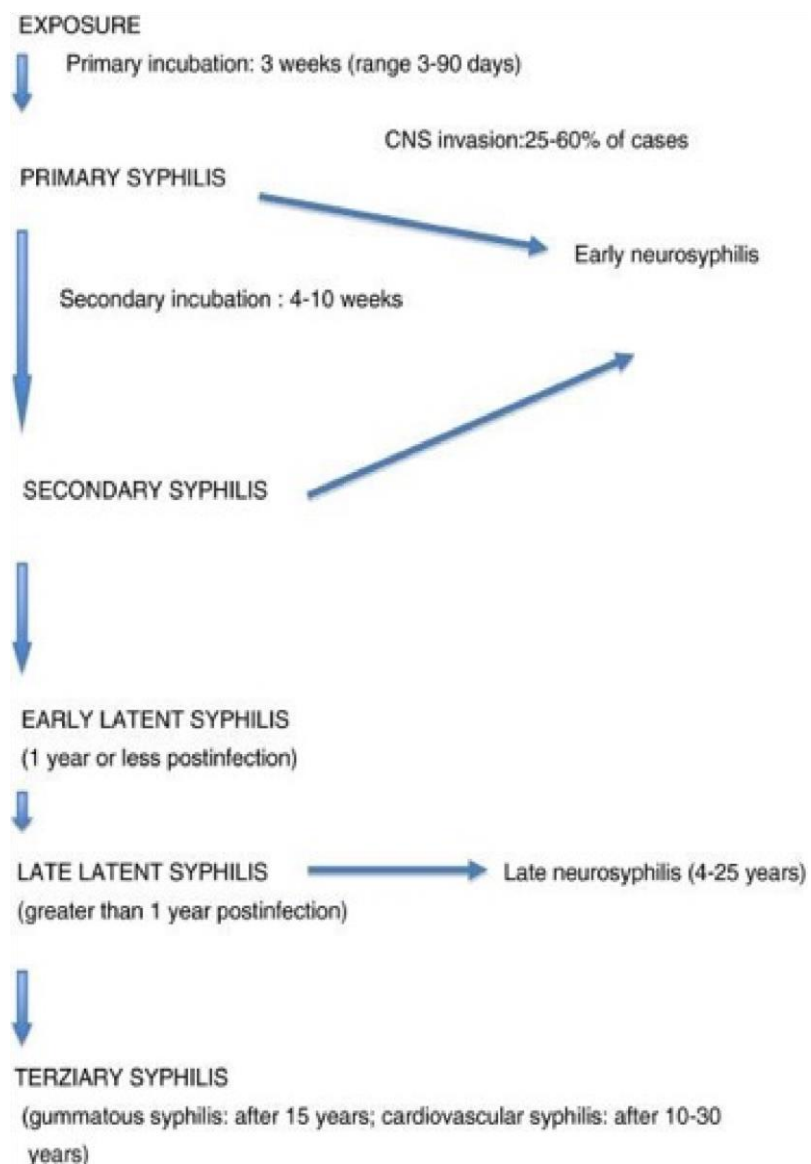
Seibt, C. E. e Munerato, M. C. (2016). Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment: a case series study. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 20(4), pp. 393– 398.

Siqueira, C. S. *et al.* (2015). Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 43(12), pp. 1436–1440.

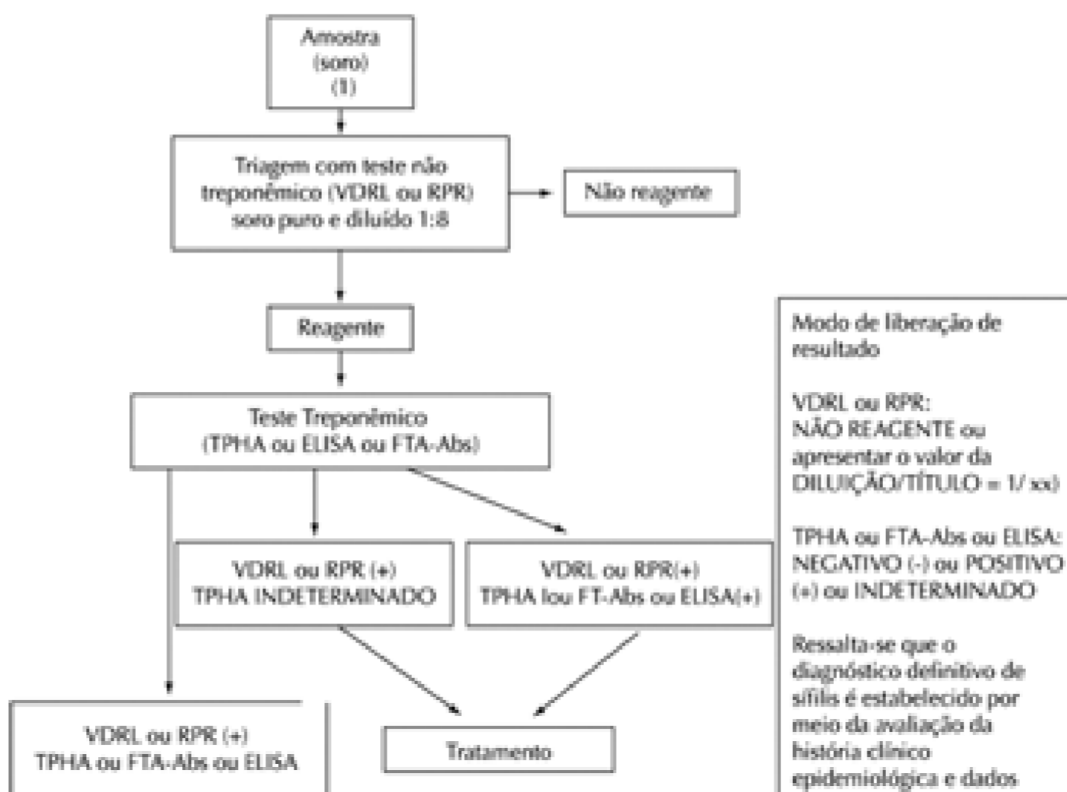
Soares, A. B. *et al.* (2004). Oral manifestations of syphilis: a review. *Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases*, 10(1), pp. 2–9.

Valente, T. *et al.* (2009). Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações orais. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro. [Em linha]. Disponível em <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/38/42>> [Consultado 28/07/2018].

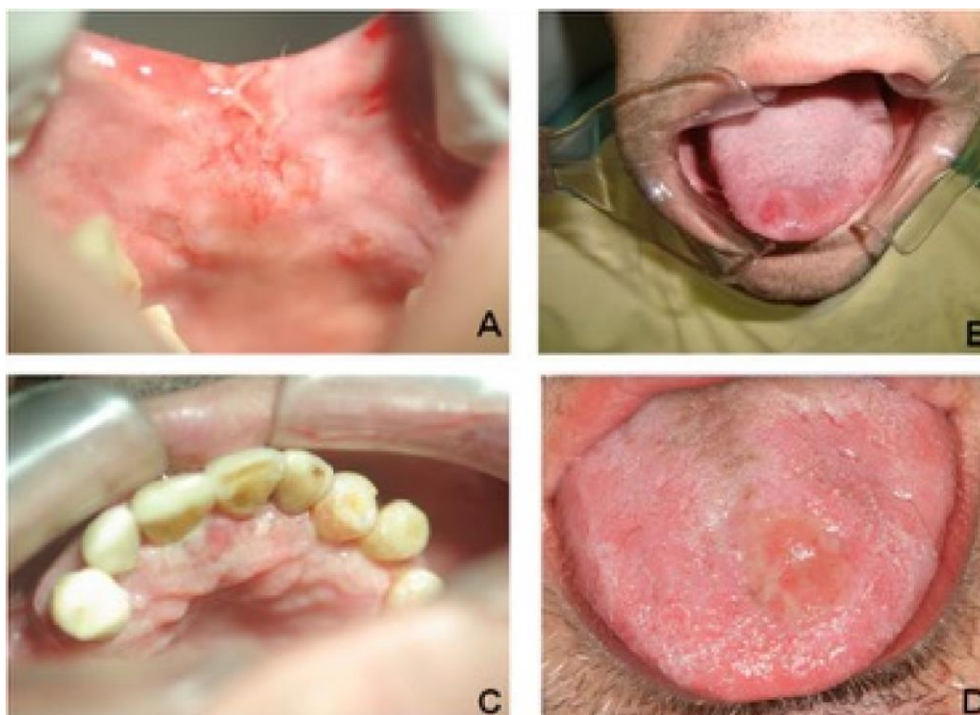
IX – ANEXOS



*Figura 1: Sífilis: esboço de estágios e tempos de incubação (Ficarra e Roman, 2009)*



**Figura 2:** Algoritmo para abordagem clínica e laboratorial da sífilis (Estado, 2008).



**Figura 3:** Características clínicas de lesões de sífilis cuja impressão clínica era diversa: linfoma (A e C), sarcoma (B) e schwannoma (D). (Siqueira, et al. 2015)



**Figura 4:** Lesão oral de sífilis primária. (Ficarra, e Roman, 2009)



**Figura 5:** Sífilis oral secundária: mucosas cobertas por pseudomembranas acinzentadas e brancas. (Ficarra, e Roman, 2009)



**Figura 6:** Sífilis terciária. Perfuração do palato duro. (Estomatologiaonlinepb.blogspot.com. 2015)



**Figura 7:** Glossite atrófica da sífilis terciária. Superfície dorsal da língua exibindo perda de papilas filiformes e áreas de atrofia epitelial e hiperqueratose. (Estomatologiaonlinepb.blogspot.com. 2015)



**Figura 8:** Hipoplasia do esmalte dos incisivos centrais superiores (dentes de Hutchinson). (Pessoa e Galvão, 2011)



**Figura 9:** Dentes sífilicos. Em cima, molar e incisivos de Moon e incisivos centrais com forma típica entalhada. Abaixo molares de Fournier ou amora e um canino sífilico. (Nissanka Jayasuriya., Odell e Phillips, 2016)



**Figura 10:** Molares em amora da sífilis congênita. Molares inferiores exibindo superfície oclusal com numerosas projeções globulares. [Estomatologiaonlinepblogspot.com, 2015]